

PATIENT LABEL

DOCTOR PRIMARIO: _____

REFERIDO POR: _____

FECHA: _____

ALERGIAS: NINGUNA

LA RAZÓN DE SU VISITA HOY:

INFORMACIÓN PERSONAL:

EDAD: ____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ ESTATUS MARITAL: CASADA SOLTERA DIVORCIADA VIUDA

Trabajo actual/Trabajo mas reciente: _____

HISTORIAL GINECOLÓGICO:

Primer día del ultimo periodo: ___/___/___

Fecha del ultimo Papanicolaou: ___/___/___

Resultados: Normal Anormal (*Circule una*)

Si anormal, explique: _____

Si: que ano: ___/___/___ Explique: _____

Alguna vez ha tenido un Papanicolaou anormal: SI NO

Edad de su primera regla/periodo: ____

Cuantos días de sangrado: ____

Problemas con su menstruación: SI NO

Esta en una relación sexual: SI NO

Hay problemas sexuales: SI NO

Pareja Sexual: HOMBRE MUJER AMBOS

Método anti-conceptivo: (*actualmente*) _____

Fecha de ultima mamografía: ___/___/___

Biopsia de los senos: SI NO

Cuantos días en su ciclo: ____ (*días entre un periodo a otro*)

Si, explique: _____

Si, explique: _____

Numero total de parejas sexuales en su vida: _____

Métodos anti-conceptivos: (*pasados*) _____

Gammagrafía Ósea (escaneo de los huesos): ___/___/___

Si, explique: _____

EMBARAZOS PASADOS:

Fecha	Semanas de embarazo	Tiempo en parto	Peso de bebe	Sexo de bebe	Parto vaginal o cesárea	Epidural (anestesia) SI NO	Hospital: Lugar de Nacimiento	Parto antes de termino	Aborto (espontáneo) Ectópico	Comentario o complicaciones

MEDICAMENTOS: NINGUNO

NOMBRE	DOSIS	NOMBRE	DOSIS
1.		3.	
2.		4.	

HISTORIA MEDICA PERSONAL: ENFERMEDADES

DIABETES	SI	NO	ANEMIA	SI	NO
ALTA PRESIÓN	SI	NO	ENFERMEDAD DEL CORAZÓN	SI	NO
INFECCIONES TRANSMITIDAS POR SEXO	SI	NO	DERRAME CEREBRAL	SI	NO
OSTEOPOROSIS/ENFERMEDAD DE HUESOS	SI	NO	DOLORES DE CABEZA O MIGRAÑA	SI	NO
ENFERMEDAD DE LA TIROIDES	SI	NO	CONVULSIONES	SI	NO
INFECCIONES DE LAS VÍAS URINARIAS	SI	NO	ASMA O ENFERMEDAD DE LOS PULMONES	SI	NO
COÁGULOS DE SANGRE EN LOS PULMONES O PIERNAS	SI	NO	INFECCIÓN DE LOS RIÑONES O PIEDRAS	SI	NO
DEPRESIÓN O ANSIEDAD	SI	NO	ULCERAS O REFLUJO ESTOMACAL	SI	NO
CÁNCER	SI	NO	ENFERMEDAD DE LOS INTESTINOS	SI	NO
			HEPATITIS O ENFERMEDAD DEL HÍGADO	SI	NO
			ENFERMEDAD DE LA VESÍCULA	SI	NO

CIRUGÍAS: NINGUNO

FECHA	CIRUGÍA	COMENTARIOS O COMPLICACIONES

HISTORIA SOCIAL:

TABACO: ___ Presente ___ Pasado
 ALCOHOL: ___ Presente ___ Pasado
 DROGAS: ___ Presente ___ Pasado

Abuso sexual, verbal, o físico: SI NO
 Toma hierbas o suplementos: SI NO
 Peligros a la salud en casa/trabajo: SI NO
 Usa cinturón de seguridad: SI NO
 Toma ácido fólico: SI NO
 Dieta: (marque lo que aplique) ___ vegetariano
 Ejercicio regular: Tipo _____

Paquetes por día: ___ Cuantos Años: ___
 Bebidas por día: ___ Bebidas por semana: ___
 Tipo de droga: ___ Uso: _____
 Por Quien: _____ Actualmente: _____
 Cantidad: _____ Dosis: _____

Toma Calcio: SI NO Toma cafeína: SI NO
 ___ intolerante a lactosa ___ otro:
 Frecuencia: _____

HISTORIA FAMILIAR:

Madre: Padre:
 ___ Viva Edad: ___ ___ Vivo Edad: ___
 ___ Fallecida Causa: _____ Edad: ___ ___ Fallecido Causa: _____ Edad: ___

Hermanos/hermanas (vivos): # _____ (fallecidos): # _____

EN SU FAMILIA:

CÁNCER DEL CENO:	SI	NO
CÁNCER DEL COLON:	SI	NO
CÁNCER DE LOS OVARIOS:	SI	NO
CÁNCER DEL ÚTERO:	SI	NO
OTRO CÁNCER:	SI	NO
COÁGULOS DE SANGRE:	SI	NO
OSTEOPOROSIS:	SI	NO
DIABETES:	SI	NO
DERRAME CEREBRAL:	SI	NO
ENFERMEDAD DEL CORAZÓN:	SI	NO
ALTA PRESIÓN:	SI	NO
ALTO COLESTEROL:	SI	NO
DEFECTOS O RETARDAZO MENTAL:	SI	NO
ALCOHÓLICO O ABUSO DE DROGAS:	SI	NO
ENFERMEDAD DE ALZHEIMER:	SI	NO
OTRO: Que: _____	SI	NO

Quien: _____
Quien: _____
Quien: _____
Quien: _____
Quien: _____
Quien: _____
Quien: _____
Quien: _____
Quien: _____
Quien: _____
Quien: _____
Quien: _____
Quien: _____
Quien: _____
Quien: _____

FIRMA DEL PACIENTE: _____

FECHA: _____

PATIENT WAS COUNSELED: _____

DATE: _____

MIDWIFE SIGNATURE: _____

DATE: _____